

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE
NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome Nome.....

Data di nascita Residente a

in via Telefono

Classe della Scuola

sita a in via

Dirigente Scolastico Annamaria Bernardini

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione Dose

Orario: Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico-.....)

dal..... al.....

oppure: Evento che richiede la somministrazione del farmaco (non discrezionale)

.....
.....
.....

Terapia di mantenimento:

.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

.....

.....

Modalità di conservazione del farmaco:

Dichiara, ai fini della somministrazione, che è possibile la somministrazione da parte del personale non sanitario

Note

.....

Data

Timbro e firma del Medico